

Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile

Bioethics and dental health care resource allocation for elderly people in Chile

Espinoza Santander I¹

RESUMEN

Una creciente preocupación entre quienes reconocen que los recursos sanitarios son finitos y que el deseo de beneficios en salud puede ser ilimitado, ha promovido una discusión sobre qué es una distribución justa y equitativa de los servicios en salud. En este escenario, la asignación de recursos para la atención sanitaria de adultos mayores es objeto de debate.

La planificación de programas odontológicos para adultos mayores, necesita conocer la magnitud y distribución de las patologías en la población y costo-efectividad de las terapias. Sin embargo, una discusión que justifique la asignación de recursos debe ser planteada previamente, y más que datos demográficos y epidemiológicos, requiere incluir las consideraciones éticas que sostengan estas políticas.

En esta revisión se expone brevemente las principales características de la salud oral de los adultos mayores en Chile. Posteriormente, se analizan algunas consideraciones bioéticas que pueden limitar o sustentar la asignación de recursos en este grupo de edad. Finalmente, se concluye que los fundamentos de Justicia en Salud y Bioética de la Protección deben aplicarse a la discusión sobre la asignación de recursos para programas de atención odontológica en los adultos mayores y otros grupos susceptibles que deberían ser el foco de la protección.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 4(2); 80-82, 2011.

Palabras clave: Bioética, atención odontológica, adulto mayor.

ABSTRACT

A growing concern among those who recognize that healthcare resources are finite and that desire for health benefits can be unlimited has promoted in recent years a policy of cost reduction, accountability, and an analysis of what is a fair and equitable health service. In this scenario, the resource allocation for health care for older adults has been debated.

Planning for dental programs for older adults, like any other, needs to know the magnitude and distribution of diseases in the population and what are the cost-effective therapies. However, a discussion justifying the allocated resources should be raised previously. This requires ethical considerations that support these policies more than demographic and epidemiological data.

This article outlines the oral health of older adults in Chile and subsequently, bioethical considerations that may limit or support health care resource allocation in this group. Finally, it can be concluded that Justice in Health and Protection Bioethics must be applied to the discussion about resources allocation in dental health care program for elderly people and other susceptible groups that should be the focus of protection.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 4(2); 80-82, 2011.

Key words: Bioethics, dental health care, elderly people.

SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE

Chile ha experimentado desde la segunda mitad del siglo XX un proceso de envejecimiento demográfico acelerado sin precedentes históricos. Según el CENSO del año 2002, las personas de 60 años y más representaban el 11.24% de la población, destacando sus condiciones más desfavorables en cuanto a nivel educacional, seguridad social y participación económica⁽¹⁾. Según proyecciones del INE-CEPAL, en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3.7% anual para este grupo etario, proyectándose para el año 2025 una población de 3.825.000 adultos mayores, los que representarán el 20% de la población del país (INE, 2002). La mayor longevidad de la población conlleva una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas, que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores. Según la Encuesta de Protección Social del 2004, un 20.6% en los hombres mayores de 60 años de edad y un 19.2% en las mujeres, del mismo grupo etáreo declara algún tipo de discapacidad o invalidez⁽²⁾.

En relación a su estado de salud, la I Encuesta Nacional 2003 del Ministerio de Salud de Chile, determinó que los adultos mayores tienen una alta prevalencia de enfermedades crónicas, asociadas a desigualdades en relación a género y nivel educacional⁽³⁾. La encuesta sobre Vejez y Calidad de Vida del año 2007 reveló que el 62% de los adultos mayores tiene una mala percepción de su salud, siendo peor en las mujeres y entre quienes tienen menor nivel educacional⁽⁴⁾.

Por la naturaleza de las enfermedades bucales más prevalentes, caries y enfermedades periodontales, que son infecciosas y de curso crónico, sus manifestaciones y consecuencias se acumulan con la edad. Según la I Encuesta Nacional de Salud⁽⁵⁾ un 44.7% de los adultos de 65 años o más tiene una o más caries, un 33% ha perdido todos sus dientes y un 29.1% relata que siempre o casi siempre sufre

de incomodidad con sus dientes o prótesis; encontrándose que estas tres condiciones fueron más frecuentes en el nivel socioeconómico más bajo. También es notable la gradiente socioeconómica en las visitas preventivas al odontólogo, donde se observa que en las clases altas corresponde al 33.8%, siendo sólo de 8.7% en las clases más pobres. Recientemente, el Primer Estudio Nacional de Salud Oral en Adultos Chilenos finalizado el año 2009 determinó que la prevalencia de enfermedad periodontal, afecta a más del 90% de la población, siendo mayor el daño en los adultos mayores y en aquellos con menos de 12 años de educación⁽⁶⁾. Los adultos mayores presentan, además, una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral⁽⁶⁾ y la mayor incidencia de cáncer oral⁽⁷⁾.

La incorporación desde el año 2007 entre las garantías AUGES del programa de tratamiento odontológico "Salud Oral Integral del Adulto de 60 Años"⁽⁸⁾, surge junto a una serie de programas de atención médica con garantías explícitas para los adultos mayores en Chile⁽⁹⁾. Sin embargo, como estrategia para mejorar la salud bucal de los adultos mayores chilenos resulta insuficiente. Su principal limitación radica en que sólo otorga garantías de atención para las personas esta edad específica de 60 años, y al no incluir a los individuos de 61 años o más, deja sin cobertura a personas de más edad que incluso pueden tener un mayor daño en su salud bucal o una mayor dificultad para acceder a la atención, como por ejemplo, los individuos institucionalizados, hospitalizados o postrados cuidados en sus domicilios.

Por otro lado, este programa, el segundo incluido entre las garantías odontológicas AUGES después de la atención del niño de 6 años, no coincide con los tradicionales programas odontológicos públicos que han puesto su foco de interés en otros grupos de la población, especialmente niños, adolescentes y mujeres embarazadas. Como puede observarse al revisar los Objetivos Sanitarios de Salud Oral

1. Programa de Salud Pública Universidad de Chile. Académico de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Chile.

para el década 2000 y 2010⁽¹⁰⁾ estos fueron “disminuir caries dentales en población menor de 20 años (logrando índice COPD de 1.9 piezas), aumentar la cobertura del menor de 20 años al 50% y aumentar la cobertura de fluoración del agua al 75%”, es decir, el enfoque principal son los grupos menores de 20 años y especialmente la patología caries dental.

El nivel de salud oral actual de los adultos mayores, en el contexto de Chile, junto a las futuras demandas que vendrán con el aumento de la población adulto mayor en Chile, obligan a hacer con premura la reflexión si es justo asignar recursos para la atención odontológica en este grupo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE JUSTICIA SANITARIA

Una de las reflexiones más influyentes en la actualidad respecto a la teoría de la Justicia ha sido la sostenida por Rawls⁽¹¹⁾, quien considera que las personas, en una situación original, en la que desconocen su situación particular (velo de la ignorancia), escogerían dos principios de justicia: el primero que exige igualdad en la repartición de derechos y deberes básicos, mientras el segundo mantiene que las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo las desigualdades de riqueza y autoridad, serían justas si producen beneficios compensatorios para todos, y en particular, para los miembros más desaventajados de la sociedad⁽¹²⁾. De este modo podríamos entender Justicia como la ausencia de desigualdades arbitrarias, y preguntarnos al diseñar políticas en salud. ¿Cuáles son los grupos de nuestra población para los cuales deben estar destinados los beneficios compensatorios de los programas de salud?

En la decisión de asignación de recursos para atención sanitaria, una manera de reconocer estos grupos prioritarios es basado en el concepto de susceptibilidad, que según Kottow⁽¹³⁾ corresponde a aquellos individuos que traspasando el estado de vulnerabilidad característico de la naturaleza humana, son víctimas de daño o deficiencias, es decir “sufren de un elevado riesgo de problemas de salud y de una mayor probabilidad de más daño una vez que los problemas ocurren” y por lo tanto requieren acciones sociales para tratar su condición degradada. En esta definición los adultos mayores debido a la carga de enfermedades crónicas y el creciente aumento de discapacidades con la edad sin duda corresponden a un grupo desaventajado de nuestra sociedad.

Sin embargo, desde el mismo ámbito de la Bioética han surgido argumentos para la limitación de recursos en salud para los adultos mayores, que aunque han sido objeto de debate, considero necesario exponer. Callahan⁽¹⁴⁾, director del Centro Hastings, en su libro “Setting limits: medical goals in an aging society” del año 1987, establece la idea de que cada persona tiene un período de “vida natural” de unos 80 ó 85 años y que el gasto de una cantidad desproporcionada de dinero en tecnologías para la extensión de la vida para quienes han llegado a esta edad, sería poco prudente. Esta es una de las declaraciones que plantea poner límites a la asignación de recursos por edad, y que no ha estado libre de detractores que consideran discriminatorios sus argumentos. En la literatura inglesa se ha utilizado el término ageism que ha sido traducido como vejeísmo o etarismo y que alude a la discriminación basada en la edad, en cualquier ámbito, desde los ambientes de trabajo hasta las decisiones de indicar o no indicar un tratamiento médico. Posteriormente, este mismo autor en su libro “False Hopes” sostiene, entre otros, que una medicina sustentable debe ser económicamente asequible y equitativamente disponible, que satisfaga la mayoría, pero no necesariamente todas las demandas y expectativas en salud⁽¹⁵⁾. Como puede observarse los argumentos esgrimidos son fundamentalmente de tipo económico y como el mismo autor indica son una principal preocupación en los países más desarrollados donde ha ocurrido una demanda incontrolable por el uso de tecnología para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, o para prolongar la vida, que ha llevado a una acelerada elevación de los costos en salud.

Continuando con los argumentos de limitación de recursos para la atención de adultos mayores, Norman Daniels sugiere una teoría que denomina la cuenta de vida útil prudencial. Él dice que utilizar la variable edad para limitar la asignación de recursos no sería discriminatorio, debido a que todas las personas envejecen, lo que no ocurre con la pertenencia a una categoría de sexo o raza. Por este motivo si los jóvenes y ancianos son tratados de manera diferente en distintos momentos en sus vidas, cada persona recibiría lo que comparten, ya que todo el mundo es joven y viejo en algún momento. Según este autor, este racionamiento por edad sería entonces una estrategia prudente, moralmente permisible para abordar los problemas de escasez de recursos⁽¹⁶⁾. Brauer⁽¹⁷⁾ expone un problema a esta propuesta, y es que mientras la equidad intergeneracional puede

beneficiarse en un trato desigual en diferentes etapas de la vida, la equidad entre las diferentes cohortes de nacimiento no sería fácil de resolver, debido a la incertidumbre implícita de asegurar el disfrute de beneficios similares a los individuos en el momento en que cumplan cierta edad, por ejemplo porque requiere la presencia de instituciones confiables. Además, es interesante agregar el escepticismo expuesto por Francis⁽¹⁸⁾, quien recuerda que es muy diferente proponer un racionamiento por edad a personas que tuvieron una vida plena en una sociedad justa, que hacerlo a quienes han sufrido de reiteradas situaciones de injusticia durante el transcurso de sus vidas, haciendo alusión especialmente a las condiciones de vida en los países menos desarrollados y con democracias inestables.

Como analiza Kottow⁽¹⁹⁾, las propuestas de Callahan y Daniels son utilitaristas y pragmáticas, y por su similitud con lo planteado por la economía sanitaria, demuestran que no son criterios propiamente bioéticos sino de redistribución utilitaria y racional de recursos, por lo tanto serían discriminatorios para los más ancianos.

El tema de reducción de recursos en salud si debe considerar una tendencia de la sociedad a la sobremedicalización, es decir a limitar el tema del envejecimiento al aspecto biomédico, cuando no se ha puesto suficiente consideración a lo que debería ser previo, los requerimientos de servicios sociales de los adultos mayores⁽²⁰⁾. Como el acceso a pensiones justas, vivienda propia, seguridad del transporte público, incorporación a la vida social, más que una serie de múltiples programas para problemas de salud específicos.

Debemos poner atención que lo que debe buscar la geriatría es mejorar la calidad de vida de sus pacientes, más que su prolongación. Muso y Enz⁽²¹⁾, alertan sobre la exposición a un torbellino de procedimientos de exámenes o tratamientos de salud de alto grado de complejidad, pero de dudoso beneficio real, que son sometidos algunas personas mayores y la ejecución de acciones fútiles que no sólo no benefician al paciente sino que además pueden dañarlo o conducirlo a la distanasia (prolongación exagerada del proceso de morir, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios, desproporcionados o fútiles).

En el intento de equilibrar equidad universal y exigencias contextuales, las decisiones deberían fundamentarse más ciertamente en una Bioética de Protección, que identifica los beneficios requeridos por poblaciones susceptibles y que ha surgido para resguardar a seres humanos que no están en condiciones de desarrollar su existencia, por falta de maduración de su autonomía, por vulneración social, económica, biológica, o por déficit de empoderamiento, y que potencialmente podrían ser protegidos mediante acciones terapéuticas apropiadas⁽²²⁾. La apreciación de la necesidad de asignación de recursos en estos grupos probablemente, debiera ser contemporánea, reconociendo que potencialmente se modificará en el tiempo.

JUSTICIA SANITARIA APLICADA A LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN ODONTOLOGÍA

Considerando los fundamentos éticos de Justicia para la Justicia Sanitaria, que nos dispone a identificar a los grupos desaventajados de la sociedad, y una Bioética de Protección para el diseño de políticas en Salud Pública que nos incita a la acción en la población susceptible, sin duda reconocemos que los adultos mayores son un grupo de la población que requiere atención. Específicamente en el aspecto odontológico los fundamentos de susceptibilidad se basan en la alta prevalencia de enfermedades bucales: caries, enfermedades periodontales, lesiones de la mucosa oral y edentulismo, pero además porque conocemos que estas patologías orales pueden afectar la masticación, nutrición, fonarticulación, y que la pérdida dentaria afecta la autoestima, limita las posibilidades de trabajo, de relaciones afectivas y la calidad de vida. Además, deben considerarse las evidencias que demuestran el impacto positivo de los tratamientos odontológicos como las enfermedades periodontales en las condiciones de salud general, por ejemplo en los diabéticos⁽²³⁾. Por lo tanto, los tratamientos odontológicos en el adulto mayor corresponden a un claro ejemplo de lo que se espera de la geriatría, en este campo llamada odontogeriatría, que es mejorar la calidad de vida.

Sin embargo, en la reflexión sobre si los adultos mayores actuales son un grupo al que se debería asignar recursos en salud surge preguntarse además por las condiciones de vida de esta cohorte. ¿Cuáles fueron los programas de promoción de la salud que los beneficiaron? ¿Cómo fue el acceso a atención odontológica durante el transcurso de su vida? Diversas fuentes de información han establecido que tuvieron un acceso limitado y que no fueron beneficiados, en la mayor parte del tiempo, con medidas preventivas efectivas, como por ejemplo, la administración sistémica de flúor. En nuestro país, en el año 1999, la cobertura de fluoración todavía alcanzaba sólo el 50% de la población⁽¹⁰⁾, aunque estudios internacionales han estimado su efectividad a valores tan importantes como disminuir en un 15% la

prevalencia de caries y en términos absolutos en 2.2 el índice de caries COP⁽²⁴⁾. La fluoración que no sólo ha sido promovida por corresponder a una medida costo-efectiva, sino además por su capacidad de distribuir sus resultados en toda la población, contrarrestando los vínculos existentes entre desigualdades sociales y salud oral⁽²⁵⁾, no fue una medida que los favoreciera en general. Por otro lado, conocemos que es un grupo que tuvo menor acceso a educación, uso de elementos de higiene oral e información sobre el mejor cuidado de la salud bucal que las cohortes recientes.

La prevalencia de problemas bucales de los adultos mayores y el escaso acceso en la trayectoria de sus vidas a medidas preventivas y de atención odontológica obligan a considerar atender sus necesidades sin suponer que esto generará tensión en algún modo en los recursos programados para otros grupos de edad. Es injustificable desde un punto de vista ético, dejar de incluir entre los programas odontológicos a los grupos más susceptibles, sólo porque se sospecha que sus tratamientos son más costosos, además sin tener estudios suficientes que lo demuestren, cuando la prevención en toda edad generara menos costos en el futuro⁽²⁵⁾, o suponiendo que son menos durables en el tiempo, basado en la esperanza de vida de la población, que como se ha proyectado seguirá aumentando.

Consideraciones discriminatorias respecto al valor de la vejez, lo nombrado previamente en este artículo como ageismo o etarismo, pueden estar ocultas bajo las intenciones de limitar los recursos para este grupo de edad. Atribuir que la salud bucal puede tener poca importancia en las personas de mayor edad, no es éticamente aceptable si esconde un menosprecio a su requerimiento de tener una buena función bucal y continuar una vida de relaciones afectivas y de integración. Por otro lado, limitar los recursos para adultos mayores con argumentos como que su deteriorado nivel de salud bucal se debe exclusivamente a elecciones personales, dejando a la autonomía o al autocuidado como los únicos responsables, sólo demuestra el desconocimiento de las importantes desigualdades en el estado de salud bucal según nivel educacional y socioeconómico⁽³⁾. Las inequidades en la salud bucal en los adultos mayores son un desafío de la salud pública, sin embargo, se ha descrito que sólo prestar servicios será insuficiente en la ausencia de una aproximación basado a nivel poblacional, ecológica para mejorar la salud⁽²⁶⁾, un desafío que todavía debe ser investigado si logra enfrentar el Programa AUGE-GES del adulto mayor.

La aproximación expuesta en este artículo concuerda en gran medida con la mencionada por Dharamsi y MacEntee⁽²⁷⁾, que sostiene

que en la prestación de servicios de salud la mayor gratificación para la sociedad será la derivada de una perspectiva igualitarista basada en la prevención, pero complementada con la atención curativa que permita dar el máximo beneficio a los más desaventajados; sin embargo, atención se debe poner en considerar el beneficio a los desaventajados como algo compensatorio y una responsabilidad.

Los diseñadores de las políticas públicas en salud oral han tenido que lidiar por muchos años con recursos escasos frente a una gran demanda de la población, lo que ha provocado frustración e insatisfacción en los usuarios y en los mismos profesionales odontólogos. Frente a la situación epidemiología de salud oral y en el contexto social de Chile se hace necesaria una introspección y la asignación de recursos con decisiones éticamente fundamentadas, en los que sin duda otros grupos susceptibles, además de los adultos mayores están plenamente justificados, como los niños preescolares y los discapacitados de toda edad, que deberían ser incorporados entre los beneficiados con cobertura de atención.

CONCLUSIÓN

La decisión de asignar recursos para la atención sanitaria en odontología requiere una reflexión sobre qué es una distribución justa y cuáles son los grupos de individuos susceptibles, además de conocer los indicadores epidemiológicos y cuáles intervenciones son costo-efectivas. Aunque este artículo no ha pretendido ser una completa revisión de las consideraciones bioéticas en la asignación de recursos para programas odontológicos en adultos mayores, el análisis a partir de la revisión de los conceptos de la Justicia Sanitaria y Bioética de la Protección en Salud Pública, otorgan un sustento teórico que fundamenta su implementación. Producto de esta reflexión surge una aspiración práctica, de incitar a los diseñadores de políticas en salud, a los miembros de la comunidad de prestadores odontológicos y formadores de odontólogos, a fundamentar en forma más explícita sus decisiones en consideraciones éticas, y motiva a reconocer, en cada tiempo y contexto, los grupos susceptibles y patologías a resolver que deben ser el foco de interés para la protección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENSO 2002. <http://www.inec.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>. (Acceso 25 de Mayo de 2011).
2. Dependencia de los adultos mayores en Chile. http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf. Página 42. (Acceso 28 de Mayo de 2011).
3. Encuesta Nacional de Salud. 2003. Ministerio de Salud de Chile. <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>. (Acceso 27 de Mayo de 2011).
4. Pontificia Universidad Católica de Chile. Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2007. 2008. Disponible en http://www.uc.cl/sociologia/download/encuesta_04_junio.pdf. (Búsqueda 25 de Mayo de 2011).
5. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*, 2010; 81(10): 1403-1410.
6. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*, 2003; 32(10): 571-575.
7. Riera P, Martínez B. Morbidity and mortality for oral and pharyngeal cancer in Chile. *Rev Med Chil*, 2005; 133(5): 555-563.
8. Salud Oral Integral del Adulto de 60 años. Ministerio de Salud de Chile. http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_amayor6.html. (Acceso 27 de Mayo de 2011).
9. El AUGE y el Adulto Mayor. Ministerio de Salud de Chile. http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_amayor.html. (Acceso 27 de Mayo de 2011).
10. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>. (Acceso 28 de Mayo de 2011).
11. Rawls J. Teoría de la justicia. Editorial Fondo de Cultura Económica. Segunda edición, 1995. México. Páginas: 17-33.
12. Distributive Justice. En: Stanford Encyclopedia of Philosophy, <http://plato.stanford.edu/entries/justice-distributive/>. (Acceso 28 de Mayo de 2011).
13. Kottow M. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, 2003; 17(5-6): 460-471.
14. Heinz Redwood. Does ageism affect health care rationing? <http://www.healthandage.com/Does-ageism-affect-health-care-rationing->. (Acceso 29 de Mayo de 2011).
15. Callahan D. False Hopes. Ed. Rutgers. University Press, New Jersey. 1998.
16. Gill DG, Ingman SR. Geriatric care and distributive justice: Problems and prospects. *Social Science and Medicine*, 1986; 23(12): 1205-1215.
17. Brauer S. Age rationing and prudential lifespan account in Norman Daniels' Just health. *J Med Ethics*, 2009; 35: 27-31.
18. Francis LP. Age rationing under condition of injustice. En: Rhodors R, Battin MP, Silvers A. Medicine and social justice. Essays on the distribution of health care. Ed Oxford, University Press. Nueva York 2002:270-277.
19. Kottow M. Senescencia y protección. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20(5): 1141-1159.
20. Kottow M. Gerontología y geriatría. *Nuevos Folios de Bioética*, 2010; 1: 3-30.
21. Musso C, Enz P. Bioética en geriatría: Etarismo versus futilidad. Navegando entre Escila y Caribdis. *Rev Hospital Italiano Bs Aires*, 2006; 26(3): 117-118.
22. Kottow M. Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005; 1(2): 110-121.
23. Seymour RA. Does periodontal treatment improve general health? *Dent Update*, 2010; 37(4): 206-208, 210-212.
24. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: The WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2004; 32: 319-321.
25. Abadía C. Los sistemas de seguridad y atención en América Latina y los efectos en el ejercicio de la odontología: Inequidad e injusticia. En: Ética y Odontología. Una Introducción. Editores: Cardozo de Martínez Carmen, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile. Editorial Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. 1ª edición 2007. *Escritos de Bioética*, 2006(2): 59-74.
26. Tsakos G. Inequalities in oral health of the elderly. Rising to the Public Health challenge? *J Dent Res*, 2011; 90(6): 689-690.
27. Dharami S, MacEntee. Dentistry and distributive justice. *Social Science and Medicine*, 2002; 55: 323-399.